Histoire et définition du concept de psychopathologie

Intervention de Daniel WIDLOCHER

Daniel WIDLOCHER
Psychiatre, psychanaliste

La psychopathologie n'est pas une science complémentaire pour notre pratique clinique, pour nos connaissances théoriques, c'est une manière d'écouter l'autre qui doit traverser tout notre savoir clinique pour accéder au contact clinique avec l'autre et avec nous-même.
Voilà la thèse que je voudrais développer et lui donner un caractère plus concret.
Je crois que nous sommes dans une situation où personne ne saurait dire en quoi la psychopathologie constitue aujourd'hui un savoir utilisable concrètement dans la pratique psychiatrique. Nous avons des savoirs différents qui sont parfois d'intégration ou d'articulation difficile les uns avec les autres. Nos sommes à la fois occupés par des questions de position sociale de l'individu, de son comportement, nous avons la question de la place du médicament, nous avons le rapport à la subjectivité. Nous pouvons aussi être dogmatiques dans une écoute centrée seulement sur, le symptôme, la cible médicale ou la cible comportementale. Nous pouvons aussi essayer d'être sensibles à la totalité du cas et voir, dans l'empirisme qui nous possède nous aussi, quelles ressources nous allons utiliser principalement depuis d'adresser un patient à une thérapie comportementale, cognitive, très ciblée ou à l'opposé de l'inviter à une écoute analytique, bien entendu, avec tout ce qui est intermédiaire y compris sur le plan des médicaments.
Cette situation, je crois que pour l'éclaircir, il faut sortir de notre savoir et entrer dans la psyché de l'autre. C'est au travers du travail empathique que nous pouvons faire avec le patient, que nous pouvons mieux saisir ce que nous pouvons avoir comme ressources, même si nous ne sommes pas nous-mêmes des prescripteurs de médicaments ou des psychanalystes, sentir quelle serait l'aide la plus appropriée au mal-être, à la difficulté de penser de celui avec lequel nous sommes en écoute. Ceci m'amène à la position suivante : la psychopathologie est d'abord une manière d'écouter l'autre, ce qui suppose bien entendu, que nous nous éloignions un peu des référentiels objectifs et lorsque je dis des référentiels objectifs, je pense bien entendu au DSM, la classification sémiologique dont nous n'avons pas grand chose à faire, me semble-t-il dans une approche véritablement clinique. Le jour où il nous faudra décrire ce malade par rapport à une enquête, ce sera très utile pour nous de le classer dans un DSM, mais pour travailler avec lui dans la pratique d'aujourd'hui, nous ne serons pas spécialement dirigés par ces catégories diagnostiques, nous serons dirigés par d'autres catégories et ce sont ces catégories qu'il faut connaître.
La psychopathologie est à la fois une source de connaissance intéressante mais cela a été une source d'aliénation. N'oublions pas que des références de savoirs psychopathologiques, que ce soit dans une référence à la clinique psychanalytique ou comportementaliste ont abouti à des dogmatismes et à

des prises en charge thérapeutiques aussi fermées que les autres. Par conséquent, nous n'avons pas ici à défendre un dogmatisme par rapport à un autre.
Alors que faire ? C'est là que nous ne pouvons pas échapper à notre participation personnelle, présence de nous avec notre formation personnelle, notre expérience, notre manière de traiter les patients. Ceci sera l'outil en quelque sorte, non pas l'agent, mais l'outil que nous allons explorer. Qu'est-ce que je suis moi dans cette position, où suis-je avec ce patient qui est venu me consulter, qui est venu me voir ? Qu'est-ce que je suis qui peut lui être utile ? Dans quoi est-ce que je peux lui être utile, à quel moment va-t-il pouvoir se servir de moi et quel outil suis-je ?
Ce n'est pas évidemment l'agence de renseignements sur les différents traitements que le patient cherche et que je peux appliquer, c'est quelqu'un qui a une expérience indirecte ou directe de la manière dont on peut aider les patients et qui va pouvoir élaborer avec son client en quelque sorte, une écoute utile à ce client, pour ces pratiques de soin. Nous sommes en somme une aide à une manière d'écouter les patients que nous allons offrir aussi à nos supervisés ou à nos élèves.
Autrement dit, nous sommes là pour lui apprendre à écouter. Je crois qu'il y a quelque chose de fondamental dans l'écoute, c'est le cadre. Si nous ne savons pas établir un cadre isolé nous sommes exposés à de graves difficultés dans l'écoute, soit que nous nous fions trop aux symptômes apparents, aux catégories diagnostiques dont nous disposons, au comportement social du patient et que nous ne voyons pas assez la personne qui est là.
Par conséquent, et cela revient à ma thèse principale, c'est qu'il faut établir un cadre d'écoute qui soit un cadre isolé. Je laisse de côté l'ensemble des moyens dont je dispose, ou dont on dispose. Je sépare également la personne dans ce qu'elle m'a dit, de ses antécédents. Je suis là avec quelqu'un dans un cadre, dans une pièce et je suis en train de me demander de quoi cette personne a besoin. Et moi, dans mes connaissances, dans ce que je suis dans mes expériences, est-ce que je peux le guider, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'indication thérapeutique sans une écoute psychopathologique et sans un cadre d'écoute isolé. C'est dans ce cadre isolé que l'on peut dire que le fondement de notre science psychopathologique est l'art que nous avons d'appliquer pour chacun des patients qui vient nous voir un cadre particulier dans lequel nous mettons de côté l'ensemble de ce que nous savons sur lui, et sur nous aussi, pour ne plus voir ce que cette personne est en train d'attendre d'une autre personne qu'il ne connaît pas, moi avec ce que je suis à même de lui offrir.
Mais qu'est-ce que je peux lui offrir. C'est un questionnement qui va s'appuyer sur l'écoute psychopathologique et c'est pour cela que je l'ai réintroduit à ce niveau-là. C'est un questionnement qui va porter sur qui est cette personne qui est en train de me confier une demande, d'abord quelle est cette demande qu'il me confie et qui ne sait peut-être même pas qu'il me la confie. Qu'est-ce que je sens qu'il est en mesure d'entendre de ce que moi je suis en mesure de lui parler.
Et les deux choses comptent car nous savons très bien qu'il y a des patients avec lesquels nous ne sommes pas en mesure de penser, nous sommes immédiatement glacés par une position paranoïaque ou par une position mélancolique très forte et que nous allons être immédiatement gelés dans notre psyché par la pathologie de l'autre. C'est-à-dire que nous allons prendre une position de retrait. Nous allons devenir un bon psychiatre, nous allons prescrire un médicament, ou conseiller quelque chose mais nous ne sommes

plus là en tant que personne, parce que nous ne pouvons pas tenir le coup devant ce patient. Heureusement pour le plus grand nombre de nos patients nous sommes en mesure de rester présents et de voir à ce moment-là ce que nous pouvons faire pour ce patient-là dans ce climat de fermeture.
Jean Laplanche à propos de la psychanalyse a repris le terme de baquet, c'est-à-dire cet isolement. Le terme du baquet c'est Mesmer. Bien entendu c'est-à-dire cet environnement qui nous isole du reste du monde. La psychothérapie c'est ce qui nous fait à certains moments avec le patient être isolé du reste du monde. Être isolé avec un lieu où ça pense, l'autre et un lieu ça pense aussi, en moi.

C'est-à-dire qu'il y a deux lieux de pensée, deux lieux de pensée qui travaillent, l'un en écho de l'autre, plus ou moins, et c'est sur ces deux lieux de penser, que je vais voir ce qui se construit entre eux, ce qui peut se construire et qui va m'aider à voir mieux comment je peux penser avec ce patient. Comment je peux utiliser mon propre savoir, ma propre réaction, mais aussi m'en méfier, avoir une empathie critique à l'égard de la manière dont mon patient induit ma pensée en moi. Au fond, la psychopathologie n'est pas une science, à mon avis, c'est un art : c'est l'art d'observer les effets, en quelque sorte en soi, de ce qui se pense dans l'autre. Non de pas de ses pensées, mais de ce qui se pense, c'est-à-dire de la manière dont il pense, de la manière dont il vit psychiquement et dont il me fait vivre psychiquement en même temps que je suis là dans l'écoute. Le chemin de la psychopathologie maintenant me paraît le chemin de l'isolement, du cas, du baquet, c'est-à-dire comment nous pouvons être avec un patient seul avec lui, vous savez comme moi que parfois nous sommes seul avec quelqu'un alors même que dans la pièce à côté il y a réunion de synthèse, d'un autre côté des gens en train de prévoir son départ etc.…un instant on est dans le baquet, s'il n'y a pas cet instant, il n'y a pas de psychopathologie possible.
Il n'y a pas d'accès à, non pas à une pensée de l'autre, mais une co-pensée, c'est-à-dire la manière dont l'autre nous fait penser et la manière dont nous pouvons tirer parti de notre propre écoute vis-à-vis de lui. La psychopathologie, c'est aussi et ainsi cet art de nous séparer des environnements sociaux, de notre savoir pour nous placer véritablement dans l'intimité d'un échange de pensées avec le patient de façon à voir ce qu'il fait en nous, y compris lorsque, que ce qu'il fait en nous est désastreux. Par exemple face à une angoisse psychotique que nous ne savons pas comment maîtriser, nous sentons bien là quelque chose qui nous échappe. Nous pouvons être désorganisés nous-mêmes à ce moment-là, en disant « mais qu'est ce que je fais avec ce patient, qu'est-ce que je fais avec ce délirant ? Où suis-je ? Qu'attend-il de moi ? Qu'est ce que je peux moi espérer être attendu de lui ? » Il me broie en quelque sorte avec son délire. Cette empathie n'est pas forcément le constat d'un savoir, c'est le constat d'un vécu et ce vécu peut être un vécu très douloureux, très négatif en nous. L'important est d'avoir la conscience, de prendre la mesure de ce qu'est ce que ce vécu psychopathologique, cette manière dont nous sommes induits par la pensée de l'autre, où nous sommes travaillés par la pensée de l'autre, et de ce travail-là, et ce que nous allons pouvoir déduire « Que puis-je faire à cet instant par rapport à lui, je crois que c'est cela la psychopathologie.
Autrement dit je conclurai, très brièvement ainsi. La psychopathologie, n'est pas pour moi le savoir, c'est l'art d'être seul dans un cadre avec quelqu'un qui pense et moi en train de penser avec ce quelqu'un et que l'on va essayer, grâce à ce travail de pensée réciproque, de savoir qu'est-ce qu'on peut penser

ensemble, et où cela va nous mener. Que cela nous mène vers une psychothérapie ou que cela nous mène vers un conseil, une indication ou toute autre démarche, c'est au fond, ce travail d'échange et d'induction mutuels ou d'empathie, mais ce n'est pas l'empathie elle-même. Car nous exerçons un critique sur notre empathie, nous nous demandons : il me donne ces effets-là, mais est-ce que ces effets-là je dois m'en méfier ou ne pas m'en méfier, je ne suis pas là pour être empathique avec le patient je suis là pour critiquer, pour analyser les effets empathiques qu'il produit sur moi. Et ces effets, dans la mesure où je suis lucide avec les effets qu'il produit sur moi, autant que possible, de là je vais pouvoir voir, non pas seulement que ce que moi je peux penser qui peut lui être utile mais ce que je peux imaginer que quelqu'un d'autre puisse penser pour lui et partager cette opinion avec lui et le travailler avec lui. Autrement dit la psychopathologie me paraît non pas un savoir mais un art de se mettre à une écoute critique de l'autre dans une situation de baquet. Dans une situation où nous sommes enfermés, isolés du cadre, seul à seul avec cette personne, même si cette solitude n'est qu'une solitude très temporaire, très accidentelle. Il n'y a pas psychopathologie sans qu'il n'y ait un moment de solitude, dans ce cadre qui nous enferme, qui nous rend en empathie critique avec celui qui est en train de penser avec nous.

Intervention de Roland GORI

Roland GORI

Psychologue, psychanaliste

La première question que l'on peut se poser, c'est de savoir si aujourd'hui nous ne sommes pas dans le cadre d'une psychiatrie qui, sous l'impact d'une conception très objectiviste de la souffrance psychique et sociale, n'est pas en train de se transformer en hygiène publique du corps social dont elle a été d'ailleurs été une sous-spécialité.

Je crois que c'est un point important et qu'effectivement certaines conceptions du trouble comme déficit à dépister férocement et précocement - je fais allusion ici à mes amis du collectif « Pas-de-zéro-de-conduite », né à la suite de l'expertise Inserm qui visait à détecter le trouble de conduite comme prédictif de l'émergence possible de la délinquance à l'adolescence – certains types de pratique et certains types de savoir évacuent, au fond toute psychopathologie.

C'est la grande question aujourd'hui, de savoir si nous ne sommes pas en train de parler, de la psychopathologie, en tant que discipline fantôme d'une néo-psychiatrie, d'une nouvelle psychiatrie, ou d'une nouvelle psychologie clinique qui finalement n'ont pas besoin de comprendre, ni de prendre en compte l'intersubjectivité dans le travail clinique, ni même la subjectivité du patient, puisque ce qui compte, ce n'est pas ce qu'il est dans ce qu'il dit ou ce qu'il fait, mais ce qui compte simplement, c'est ce qu'il fait.

A partir de ce moment-là, il y a des patients qui sont, pourrait-on dire, tout à fait normaux, mais qui produisent pourtant un effet de sidération ou de gel dans l'écoute même du clinicien, parce que leur normalité, pourrait-on dire, est pathologique.

Les grandes questions sur les folies hystériques, les questions que nous avons les uns et les autres abordées sur les normopathies… tout cela pourrait tout à fait passer à la trappe au nom de critères qui se veulent objectifs et qui

confondent à mon avis, l'objectivité et la conformité procédurale avec des indices quantitatifs.
Ceci pose qui bien sûr un très gros problème puisque l'on peut dire que, lorsque la psychiatrie a commencé à émerger en tant que modalité savante de penser la folie, cette médicalisation de la folie, à la fin du 18è et au début du 19è, s'accompagnait en même temps, par exemple chez Pinel, de la reconnaissance qui est un reste hétérogène à cette démarche médicale, qu'il va appeler traitement moral.
Nous pouvons dire que toute l'histoire de la psychiatrie ou toute l'histoire de la psychopathologie clinique est une tension constante entre un pôle médical et un pôle non médical, quelque chose qui va pouvoir être nommé de temps à autre en tant que reste à éponger du côté de la sociologie politique, ou du côté de la sociologie, ou du côté de la psychanalyse ou du côté de la phénoménologie ...
Ce point est essentiel, car nous sommes aujourd'hui à un moment de l'histoire où le balancier, après avoir penché du côté du reste non médical - je me souviens d'une discussion avec André Green, il y a quelques années, où il évoquait l'idée, après 68, de faire intégrer toute la psychiatrie ailleurs qu'en médecine, c'est-à-dire dans les sciences humaines et sociales - on a un retour de balancier depuis 30/40 ans qui finalement médicalise à nouveau, ce qui est de l'ordre de la souffrance psychique et sociale.
Toute la question est pour l'instant de savoir, si, aujourd'hui la psychopathologie n'est pas un mot qui désigne quasiment une absence, avec ce risque d'une médicalisation, ou d'une pseudo-médicalisation de la souffrance psychique et des souffrances sociales, et toute la question est alors de savoir si ce mouvement de balancier, obéit à la logique d'événements scientifiques que l'on peut analyser du point de vue de l'épistémologie.
Y a-t-il pourtant un fait qui fait rupture ?
Quand on pense à Max Planck, vers 1900, qui nomme la discontinuité de la matière, il y a des concepts il y a des expériences qui font que l'on ne peut plus penser la physique après lui comme avant, de la même manière qu'avec Albert Einstein, on ne peut plus penser la physique quantique de la même manière qu'antérieurement.
Ce sont des évènements scientifiques qui créent une discontinuité dans le savoir.
Est-ce que les évolutions du point de vue des préférences, des affinités de la psychopathologie, du côté du médical et du non médical, obéissent à des faits scientifiques ? Je vous dirai que, pour ma part, je ne le crois pas.
Je crois que cela dépend énormément de ce que Pierre Bourdieu a appelé l'utilité sociale des savoirs.
Ceci revient à dire qu'à un moment donné, il y a une réponse des savoirs à la demande sociale qui leur sont adressés.
Cela ne veut pas dire pour autant que les savoirs qui se construisent, ou les pratiques qui se mettent en place, sont de pure construction sociale.
Ceci est une aberration, cet hyper relativisme nous a couté très cher dans le domaine du savoir et de la science, et nous n'allons pas y retomber à nouveau.
Je ne crois pas à l'immaculée conception des savoirs et des pratiques.
Ils sont de tout temps largement dépucelés si j'ose dire, par les intérêts politiques, par les intérêts sociaux, par les intérêts à l'intérieur des disciplines.

Il est vrai qu'il y a eu, par exemple, un impérialisme idéologique analytique, c'est une évidence, avec tous les risques que cela a pu faire courir, même du point de vue des questions politiques, et je pense ici aux travaux de notre ami, malheureusement disparu, Robert Castel, sur le « psychanalysme ».
Simplement, je crois que ce qui est très important en psychopathologie, c'est que le diagnostic, notamment, ne s'impose pas comme une évidence scientifique, ou encore qu'il n'est pas, bien évidemment, intégralement construit du côté objectif.
Le diagnostic est une réalité transactionnelle, c'est-à-dire qu'il se déduit d'une négociation incessante, sur le marché de l'écoute, et si je veux être un petit peu provocant, entre la souffrance psychique de l'individu, et la manière dont un clinicien va pouvoir l'accueillir en fonction d'une part de ce qu'il est et de la manière dont il a été formé (aujourd'hui les cliniciens ne sont pas formés de la même manière qu'il y a 40 ans, et par conséquent, ils ne vont pas porter les mêmes diagnostics, en fonction notamment des intérêts sociaux ou des industries de santé).
Je vais être très concret.
Entre 1952, date de la 1ère version du DSM, et 1994, date de la 4ème version du DSM, on va passer d'une centaine de troubles du comportement (en 1952) à près de 400 (en 1994), et bientôt, je ne sais combien avec le DSM V.
Il va de soi que la multiplication par 4 de ces troubles du comportement n'est pas imputable à un affinement sémiologique de ceux qui les portent.
Cela signifie seulement que nous sommes de plus en plus sensibles socialement à des anomalies du comportement.
Lorsqu'entre 1979 et 1996 on multiplie par 7 le diagnostic de dépression, cela ne veut pas dire que l'on a affaire à 7 fois plus de déprimés.
Cela veut dire que l'on pose 7 fois plus souvent le diagnostic de dépression.
Cela veut donc dire que l'on a modifié les critères qui permettent d'inclure quelqu'un dans le sac des déprimés, et cela se fait en fonction d'éléments tout à fait divers.
Il y a en effet une espèce de surdétermination.
Ce ne sont pas les mêmes qui posent le diagnostic de déprimés.
Ce sont moins les psychiatres que les médecins généralistes, par exemple, et cela veut dire implicitement que l'on a abaissé le seuil de tolérance à des anomalies de comportements.
Entre 1985 et 1992, on fait éclater l'entité de phobie sociale que l'on a modifiée pour aller du côté des troubles de l'anxiété sociale, et de ce fait, on fait passer, aux USA, la fréquence de 1,8% d'américains atteints de phobies sociales à plus de 7 ou 8%.
Tout ceci pour en arriver à une proposition que je vous fais à la suite de quelqu'un qui compte beaucoup pour moi, à savoir Michel Foucault, proposition selon laquelle la psychopathologie n'est pas seulement un ensemble de concepts, ou de savoirs ou de pratiques, la psychopathologie, mais qu'elle est aussi, nous dit Michel Foucaud, un fait de civilisation.
La psychopathologie a une histoire, une histoire de ses concepts, une histoire de ses pratiques, et elle comporte un noyau dur qui a été évoqué par Daniel Widlöcher, le noyau dur la mise en place d'un dispositif spécifique qui fait que tout diagnostic ne peut se déduire que sous le transfert de la problématique du patient sur l'écoute de celui qui le reçoit.

Effectivement, cela suppose un choix qui fait que tout ne va pas être dit à partir de ce dispositif, ni sur la signification, ni sur la nature de ce pourquoi le patient vient, c'est-à-dire de ce au nom de quoi il vient.
En tout état de cause, il y a un choix et c'est peut-être là que la psychopathologie se rapproche le plus de la dimension d'épuration de la science, c'est-à-dire que ce dont elle va pouvoir rendre compte, c'est ce qui se trouve isolé dans un dispositif, qui va se déduire de ce dispositif, qui ne va pouvoir prétendre rendre compte de l'ensemble de la souffrance au nom de laquelle le patient est venu vous consulter.
On ne va pas pouvoir expliquer la nature transcendantale d'une phobie ou d'une hystérie ou d'une psychose, on ne va pas pouvoir tout dire là-dessus, mais on va se placer dans le cadre d'un dispositif donné, et à partir de ce moment-là, on va pouvoir dire que ce dont on peut rendre compte, ce n'est pas de la nature du symptôme au nom duquel le patient est venu vous consulter, mais c'est de ce qui va, de son symptôme, s'actualiser dans la situation.
C'est le symptôme transitoire, pour reprendre un terme de Ferenczi, qui va se produire au sein même de ce dispositif, ce qui est très différent de la perspective des DSM 4 et 5.
Par exemple, un patient vient me consulter pour des phobies : je peux l'écouter, je peux avoir des idées, mais je ne peux rien dire sur la vérité de ce qui détermine son symptôme.
Je pourrai en dire quelque chose - et qui sera nécessairement très partiel - qu'à partir du moment où dans la relation au clinicien, dans le cadre de la cure, sa phobie viendra signifier quelque chose : par exemple à la suite d'une séance, où il va être pris de malaises phobiques, ou par exemple dans l'articulation, dans l'association à des rêves, c'est-à-dire dans le cadre d'une relation transférentielle.
Ce dont le clinicien peut rendre compte c'est de symptômes sous transfert, et non pas de la nature ou de la cause même des symptômes.

Aujourd'hui on a le sentiment d'être face à un gommage social et anthropologique de cette dimension, ce qui revient à dire que la prétention de rendre compte de symptômes par des critères d'objectivité, c'est de l'imposture.
Le DSM III c'est la décomposition d'un certain nombre d'entités psychopathologiques qui avaient été léguées par la psychanalyse et la phénoménologie.
Le DSM III c'est la tentative d'établir un diagnostic à partir de débats aboutissant à un consensus qui était censé suspendre les présupposés théoriques pour que l'on puisse s'entendre sur le fait de savoir ce que l'on retient ou pas comme troubles du comportement. Cela va être déterminé par un vote des experts.
Entre la science et l'opinion, Platon nous avait appris qu'il y avait une différence, alors n'hésitons pas à la dire, le DSM III devient un vote par opinion pour déterminer consensuellement ce que l'on va retenir comme troubles du comportement.
Dans mon dernier livre, j'essaye de montrer comment les agences d'évaluation qui déterminent les choses, que ce soit dans le domaine de la santé mentale ou dans celui de l'université ou d'autres, comment ces agences d'évaluation

fonctionnent exactement sur le modèle des agences de notations sur le marché boursier.
C'est-à-dire qu'elles sont incapables de prévoir les crises, mais qu'elles ont la prétention de rendre compte scientifiquement du monde, alors même que la détermination d'une méthodologie repose essentiellement sur un mode consensuel, c'est-à-dire sur un mode d'opinion d'experts.
C'est un point important car, à partir de 1980, cela se joue en fait à partir de 1967 avec le premier article sur l'utilisation du test de Kappa dans la détermination des troubles du comportement, à partir de 1980 en tout cas, avec la publication du DSM III, ce qui va sans cesse, dès ce moment, insister c'est la possibilité de se passer d'un mode de pensée psychopathologique.
A partir de ce moment-là il ne s'agit plus de restituer la dimension intersubjective du diagnostic puisqu'il s'agit de retenir un certain nombre de critères sur lesquels on peut être d'accord pour déterminer ce que l'on retient comme trouble du comportement.
C'est très Je pense que lorsque Bernard et Sylvain m'ont sollicité, c'est notamment à la suite de débats parfois critiques que nous avons pu avoir avec Daniel Widlöcher en toute amitié, mais par rapport à ce qu'il vient de dire, je dois dire que je n'ai pas de contestations à lui apporter.
En particulier, aucune contestation par rapport à cette conception d'une psychopathologie en tant que dispositif qui, finalement, se déduit des effets empathiques produits par l'autre sur moi, ni par rapport à cette conception que l'on peut appeler le transfert du psychopathologue sur la vérité qui l'affecte.
important parce que ce gommage social et anthropologique du diagnostic des souffrances psychiques et sociales obéit d'une certaine manière à la culture qui en appelle les effets.
Au milieu des années 70/80, on est dans un nouveau paradigme culturel qui commence à s'imposer, qui est très orienté du côté du pragmatisme, du côté du technique et qui va de plus en plus s'éloigner des questions tragiques, qu'elles soient prises en compte par le champ du politique, ou par le champ de phénoménologie et de la psychanalyse.
On est là à un moment où l'on s'éloigne de cette manière de penser le monde.
C'est ce que l'on appelle la « fabrique du sujet éthique » chez Michel Foucault, c'est-à-dire la manière dont un sujet rentre en relation avec lui-même, avec l'autre et avec le monde.
Nous sommes en train de changer de manière de fabriquer le sujet éthique.
On est face à un sujet éthique qui s'éloigne de plus en plus des conditions tragiques de l'existence et du devoir de penser ces conditions tragiques de l'existence.
Si vous prenez le DSM III, ce qui va être fondamentalement modifié, c'est la possibilité de rendre compte aussi de ces souffrances psychiques en terme de névroses.
C'est la névrose qui est la première victime du DSM III, ce qui va d'ailleurs s'accroître avec le DSM IV puisque, alors que les équivalents étaient marqués entre parenthèses dans le DSM III, avec le DSM IV, c'est le continent entier de la névrose que l'on fait disparaître.
Quand, par exemple, on fait exploser la notion de phobie sociale, si vous analysez les correspondances de Robert Spitzer, un des deux promoteurs du

DSM III et IV, vous vous apercevez qu'il veut à tout prix se distancier des concepts psychanalytiques.
Et lorsqu'on lui propose le concept de s-chizoïdie, il dit non ce n'est pas possible, cela rappelle un peu trop E. S. Freud …
C'est important car du point de vue de psychopathologie, la conception psychanalytique de la névrose, comme le pensait S. Freud, renvoie au fait que la névrose ne serait pas l'invasion d'éléments morbides dans le psychisme, mais qu'elle constituerait la réalité essentielle du monde interne. Autrement dit, le psychopathologique, c'est aussi la reconnaissance, pourrait-on dire, que la névrose révèle les conflits intérieurs auxquels nous avons affaire.
C'est cet homme conflictuel, pris entre le désir et l'interdit, entre les désirs et les idéaux narcissiques ..., c'est cet homme-là, c'est cette fiction anthropologique qui est en train d'être gommée, qui est en train d'être abolie.
Alors pourquoi ce changement de vertex ?
Est-ce qu'il y a des évènements scientifiques majeurs qui justifient la disparition de cette fiction anthropologique.
Je vous dirai que je ne le pense pas.
Je ne pense pas qu'il y ait des évènements scientifiques majeurs qui nous amènent à devoir réviser nos concepts et nos pratiques.
Je pense que des choses comme la neuro-imagerie du cerveau ou comme l'épigénétique du comportement, sont des choses formidables, mais qu'il n'y a pas d'événements scientifiques majeurs qui justifient la recomposition de nos savoirs et de nos pratiques.
Il est très important, et Daniel Widlöcher l'a évoqué, de respecter une biodiversité des espèces épistémologiques, il était très important de laisser aux sciences cognitives, à l'épigénétique du comportement, à la neurobiologie, la possibilité de faire des recherches, mais il est très important aussi d'avoir dans nos pratiques d'avoir de multiples éclairages, de multiples types de prises en charge.
Qu'est-ce qui a pu produire ces modifications ?
Nous passons aujourd'hui à de nouvelles manières de civiliser les mœurs et les comportements, qui font que la psychanalyse qui avait été boostée à un moment donné par une certaine culture, se trouve aujourd'hui repoussée.
Je pense que les savoirs, qui ne sont pas la science, émergent de la niche culturelle, de la niche écologique d'une culture qu'ils participent en retour, à recoder.
Lorsque la psychanalyse émerge à la fin du XIXème siècle, au contraire de ce que racontent la plupart du temps les psychanalystes, elle n'émerge pas du tout en rupture avec la culture du XIXème.
La fin du XIXème siècle, c'est le moment où justement on demande à la psychiatrie de dire comment un criminel ressemblait à son crime avant même de l'avoir commis.
C'est le moment où on fabrique un sujet psychologico-moral.
La psychanalyse, à ce moment-là est appelée socialement par la culture à participer à la construction d'un *homo psychologicus*.
De la même manière, l'enfant, la famille, l'histoire, la sexualité … c'est dans l'air du temps, l'inconscient c'est dans l'air du temps.
Je ne vais pas vous renvoyer à Marcel Gauchet et à la notion d'inconscient cérébral, mais incontestablement ces notions sont dans l'air du temps.

A partir de ces notions, S. Freud opère une rupture épistémologique qui passe par la méthode, et qui passe par la construction d'un dispositif.
Les notions sont appelées socialement et culturellement ce qui ne veut pas dire pour autant que lorsque ces notions deviennent des concepts, c'est-à-dire inséparables d'un dispositif phénoménotechnique, elles demeurent identiques à ce qui les a produits.
Aujourd'hui, nous sommes face à une psychiatrie et psychologie qui prétendent dans leur démarche, pouvoir se passer de la psychopathologie, non pas parce que des événements scientifiques majeurs le justifient, mais tout simplement parce que socialement et culturellement, effectivement, l'impact de l'homme construit par notre civilisation des mœurs, n'est pas du côté de l'homo psychologicus.
C'est pour moi ce que j'appelle l'homme neuro-économique.
Aujourd'hui, sous l'effet de nouvelles valeurs, c'est dans les affinités électives nouvelles entre des savoirs et des pratiques, et des valeurs sociales et culturelles, que le champ se modifie.

Trois choses très rapides, enfin, pour conclure.
* Premier point : nous pouvons reprocher beaucoup de choses à la psychanalyse et aux psychanalystes, mais il y a une chose extrêmement importante produite par la psychanalyse dans le champ des souffrances psychiques et sociales, c'est la reconnaissance que le symptôme avait un sens, qu'il servait à quelque chose, et qu'il restituait une part de l'histoire singulière et collective. C'est une manière de dire que la psychanalyse se distancie d'une conception déficitaire du symptôme.
Aujourd'hui la notion-même de trouble du comportement est du côté du déficit, du côté du dysfonctionnement.
Mais parler de « dys » (dysthymique, dysphorique, dyspraxique, dyslexique, dysortho-graphique, dyscalculique…), n'est pas anodin parce que le « dys », ce n'est pas du tout la même chose que la normale.
Le « dys », c'est étymologiquement, l'empêchement, la difficulté.
Aujourd'hui, tout se passe comme si l'empêchement et la difficulté étaient déjà en eux-mêmes considérés comme pathologiques.
Donc, si vous avez une extension croissante des diagnostics psychiatriques, ce n'est pas pour des raisons scientifiques, c'est parce que nous avons de plus en plus tendance à pathologiser les anomalies.
Petit rappel par rapport à Georges Canguilhem : l'anomalie n'est pas en soi pathologique*. Anomalia* cela veut dire irrégulier, inégal.
Un terrain anomal est un terrain qui a des creux et des bosses.
Traquer comme on le fait les anomalies, c'est traquer tout ce qui dans le comportement humain n'est pas plat.
En fin de compte, c'est traquer la singularité.
Nous sommes donc bien, désormais, dans une psychiatrie et une psychologie qui visent davantage la « conformisation » des comportements car, bien sûr, dans cette perspective, l'épanouissement du sujet individuel ne peut être que collectif.
* Deuxième point :
Il y a eu une étude récente très intéressante sur le diagnostic de trouble de l'hyperactivité et de l'attention qui vous le savez explose, étude faite par des

chercheurs allemands et suisses qui ont envoyé à 1 000 médecins et psychothérapeutes, 4 cas cliniques d'enfants un peu agités, mais 3 sur 4 n'obéissant pas aux critères stricts qui permettent le diagnostic de troubles de l'hyperactivité et de l'attention.
Résultat, nous avons un sur-diagnostic, ou une certaine disposition, pour ne pas dire complaisance, des médecins et des psychothérapeutes à poser ce diagnostic de l'hyperactivité et de l'attention.
L'analyse approfondie des résultats de cette étude a mis en évidence que la variable qui détermine le sur-diagnostic n'est pas autre chose que le sexe de l'enfant auquel on appose ce diagnostic.
Si c'est un garçon, il sera automatiquement diagnostiqué THA, si c'est une fille elle aura plus de chance d'y échapper.
Non seulement le sexe du patient influe le diagnostic, mais aussi le sexe du médecin.
Les hommes ont tendance à plus sur-diagnostiquer que les femmes.
Cela veut dire que ces critères qui se prévalent de l'objectivité, ne renvoient pas à une objectivité réelle, mais à une objectivité formelle et procédurale, et qu'ils s'avèrent extrêmement poreux vis-à-vis des stéréotypes et des préjugés culturels.
Dernier point, je crois que ce qui aujourd'hui accroît la référence de la psychiatrie à des modèles formels qui objectivent les troubles du comportement aux dépens de cette dimension intersubjective, je crois que c'est le fait que nous sommes passés d'une société de la parole, avec tous les éléments importants que cela constitue du point de vue du lien social, du point de vue de la démocratie, du point de vue de la fabrique de notre subjectivité, à une société de l'information, ce qui n'est pas du tout la même chose, car l'information n'est pas la parole.
C'est parce que nous sommes passés d'une culture de la parole à une culture de l'information que disparaissent un certain nombre de savoirs et de pratiques dans le champ qui est le nôtre.
Ce faisant, par rapport à ce que disait Daniel Widlöcher, cela veut dire aussi que les praticiens, aujourd'hui, sont prolétarisés au sens très fort du terme, c'est-à-dire que la dimension artisanale de leur travail se trouve effacée, et qu'ils sont de plus en plus, en quelque sorte, dans la nécessité de s'adapter à de nouvelles machines.
Qu'est-ce que c'est le prolétaire ?
Ce statut n'est pas lié aux conditions matérielles de vie de l'ouvrier.
Il y a prolétarisation à partir du moment où le savoir et le savoir-faire de l'artisan ont été confisqués par la machine, que l'ouvrier n'a plus été l'artisan, qu'il n'a plus été que le prolongement de la machine avec un transfert du lieu de décision qui passe de l'être de l'ouvrier, au mode d'emploi de la machine.
Je pense qu'aujourd'hui les cliniciens, les praticiens, les professionnels en général, se trouvent prolétarisés en tant que la dimension artisanale de leur travail se trouve confisquée par ces nouvelles machines, immatérielles - mais bien réelles - que sont les protocoles et les traitements numériques de l'information.

ASSOCIATION EUROPÉENNE DE PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Qu'est-ce que la psychopathologie ? Intégration ou complémentarisme

5 avril 2013